

Homme de 69 ans ; antécédents récents de colectomie droite pour adénocarcinome lieberkuhnien et plus lointains de cholécystectomie pour lithiase ; également suivi pour des problèmes articulaires . Douleurs abdominales ; baisse de l'état général avec fièvre au long cours. TDM pour bilan ; injection d'emblée , acquisition au temps artériel différé (45-50 s. après IV)

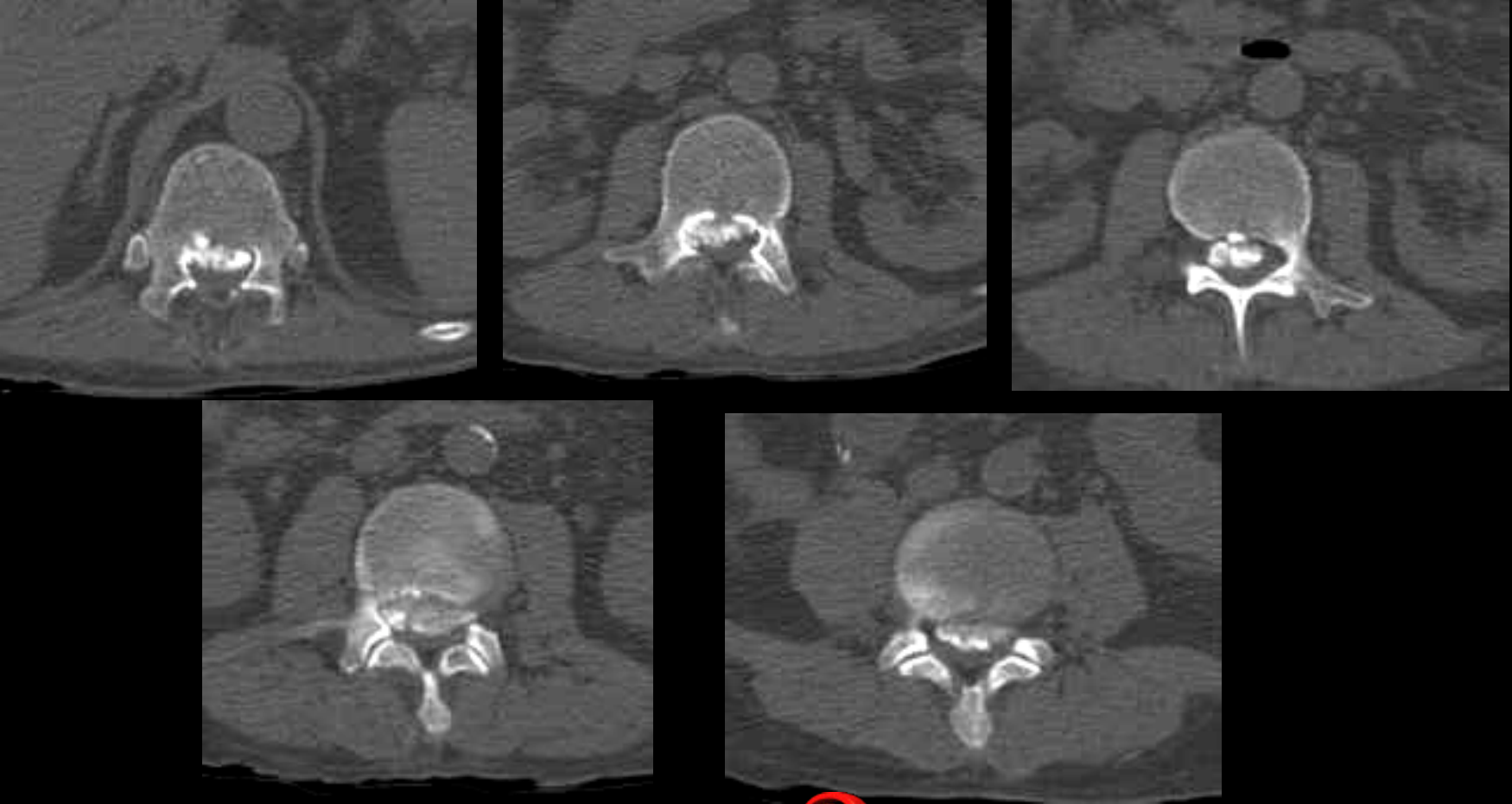
Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces images scanographiques



-en dehors des remaniements péritonéaux post chirurgicaux , l'attention est attirée par l'aspect du canal rachidien lombaire qui est "occupé" par une masse nodulaire de densité osseuse avec ce fenêtrage "tissus mous" (exostose endocanalaire ? tumeur hypervascularisée endocanalaire ? hématome calcifié ?))

-il faut bien sur adapter l'agrandissement et surtout la fenêtre de visualisation pour analyser les images

-il faut surtout refaire un examen sans injection de produit de contraste !

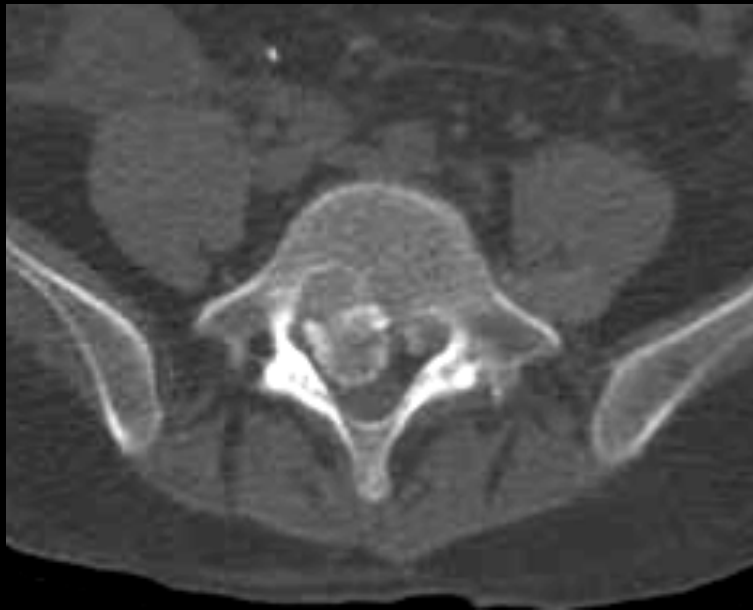
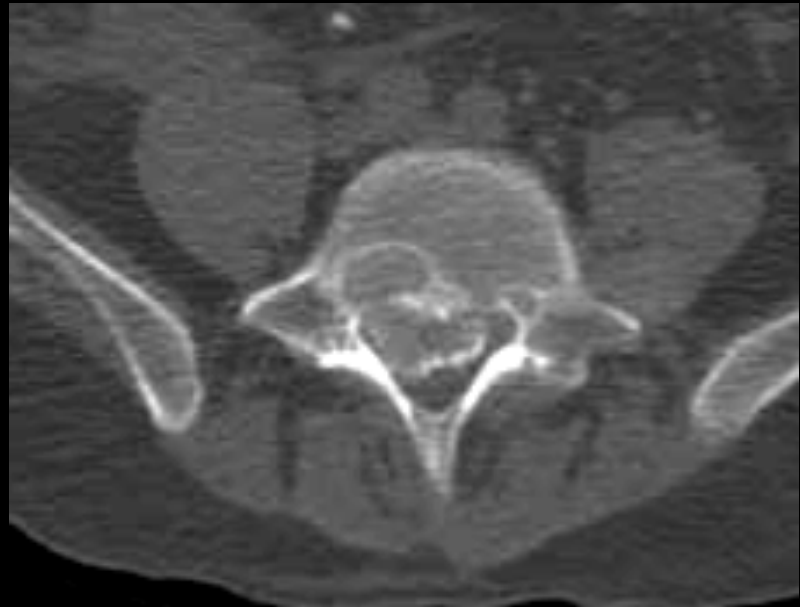


comment analyser les images à l'étage L 4



-structure calcifiée hétérogène endocanalaire ,ne se raccordant pas aux corticales vertébrales et paraissant pouvoir être en rapport avec le ligament vertébral commun postérieur ou avec du matériel discal migré dans le canal rachidien .

-précisons que le patient n'a jamais reçu d'infiltration de corticoïdes ni de geste interventionnel quelconque sur le rachis lombaire



la clé du diagnostic se situe sur ces 3 images !

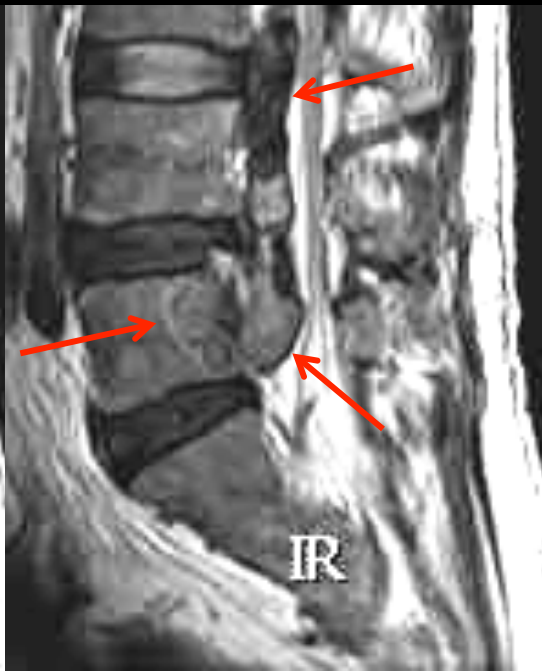
comment analysez vous les lésions



-la lésion nodulaire endocanalaire est calcifiée sur son pourtour

-elle est en continuité avec une lacune somatique postéro-latérale droite "cernée" d'un liseré d'os compact (ostéolyse à contours géographiques de type IA de Lodwick) , traduisant un processus à développement lent ou très lent

-normalement vous avez bien sur fait le diagnostic ...; si ce n'est pas le cas vous faites évidemment ,une IRM



pondération
T 2





pondération
T 1

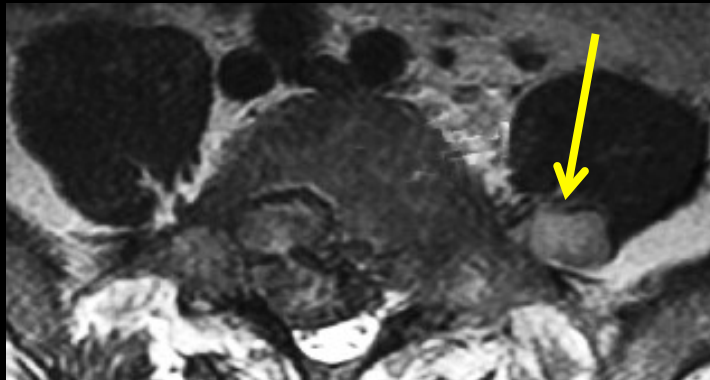




**pondération T
1 , Fat Sat
gadolinium**

-nette prise de contraste sur toute la périphérie de la lésion ,
tant intra somatique qu'endocanalaire

-prise ce contraste épidurale lombosacrée , à partir de L 4 ,
traduisant une "épidurite"



-au total et comme souvent en pathologie ostéo-articulaire chronique , l'IRM est attendue comme le messie et s'avère soulever plus de problèmes qu'elle n'en résous

-son seul apport tangible dans ce cas est de montrer une masse nodulaire de même comportement que les autres lésions , enchâssée dans la partie postéro latérale médiale du psoas gauche

il y a alors 2 attitudes : réfléchir et raisonner ou...biopsier

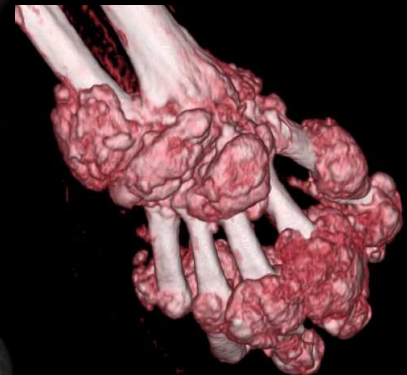
-c'est malheureusement trop souvent la seconde option qui est choisie car de plus en plus les patients sont examinés directement en IRM sans qu'on ait exploré correctement l'état de l'os par au minimum des clichés standards et de préférence un scanner en fenêtré os qui permet également l'analyse précise des calcifications et ossifications des tissus mous .

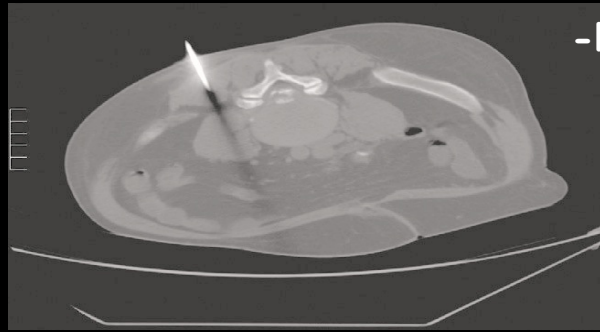
-l'accumulation des tests et des items sémiologiques qu'ils apportent ne fait qu'accroître le risque de résultats divergents , générateurs de doutes et/ou d'errements , voire d'erreurs diagnostiques

-contrairement aux affirmations du bon sens populaire "l'abondance de biens peut nuire" , parfois gravement !

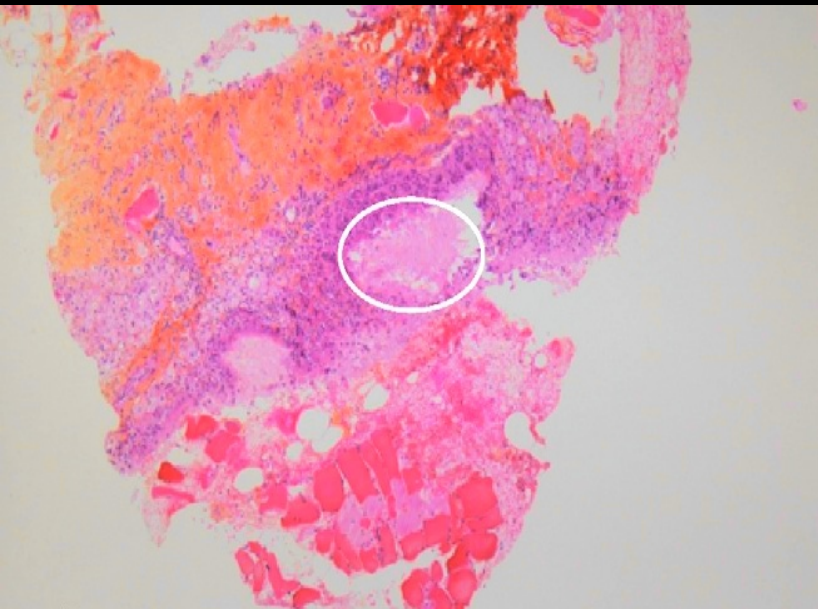
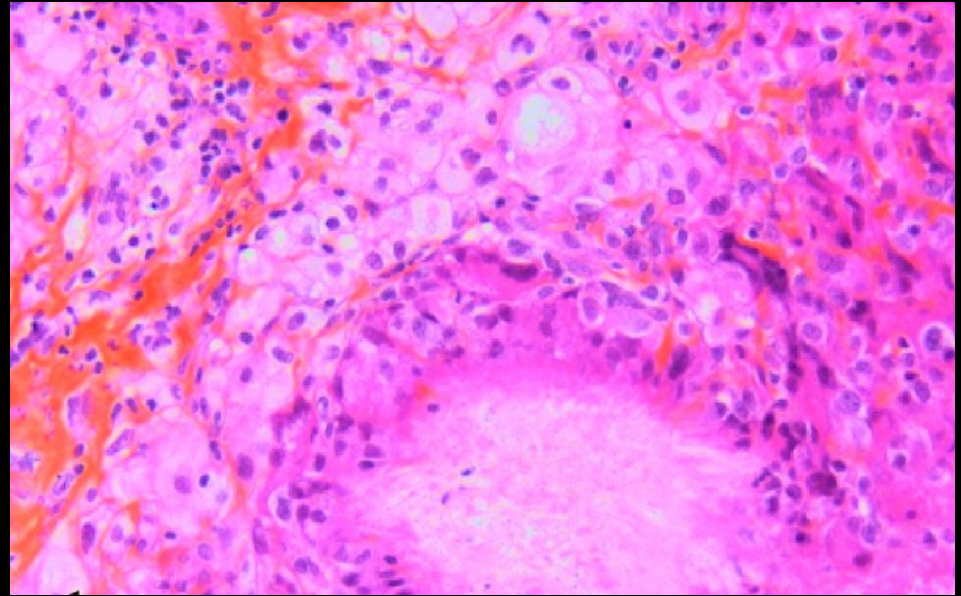
-comparer les images rachidiennes observées chez notre patient à celles d'une forme "historique" de goutte tophacée avec une main "en botte de radis" ne peut que nous mettre sur la voie du diagnostic de

goutte tophacée du rachis





-le nodule du psoas a été biopsié



macroscopie: matériel amorphe blanc crayeux

microscopie : longs cristaux d'urate en forme d'aiguille, entourés de cellules géantes et cellules mononucléées. Pas de nécrose caséuse, ni d'infiltration tumorale....

Goutte tophacée rachidienne

localisation **rare** de la goutte , moins de 100 cas rapportés

peut atteindre **toutes les structures anatomiques du rachis** (corps vertébraux, pédicules, lames, espaces épi- et intra-duraux) et tous les étages : cervical , thoracique et lombaire avec la même fréquence .

il ya en général une longue histoire de goutte tophacée des articulations des extrémités des membres et des tophus superficiels de localisation classique (**pavillon de l'oreille**)

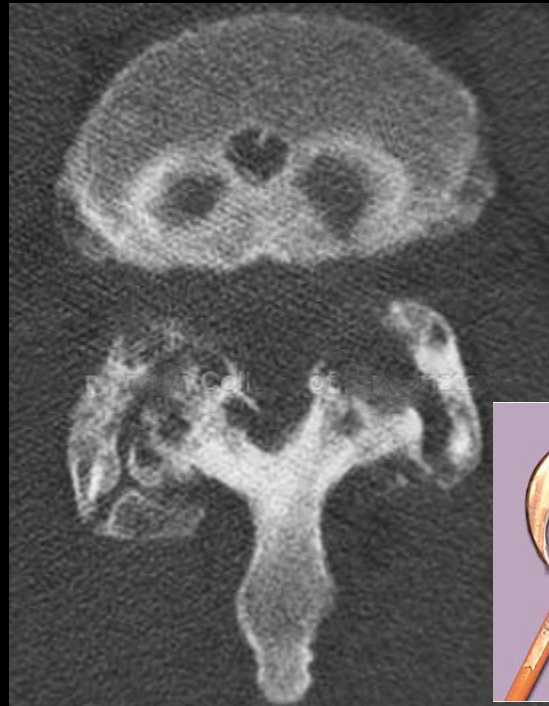
symptomatologie : douleurs vertébrales et symptômes neurologiques en rapport avec de possibles phénomènes compressifs



radiographie standard : normales ou remaniements dégénératifs non spécifiques

TDM : tophus péri-articulaires plus ou moins denses et calcifiés avec érosions des facettes articulaires en regard +/- calcifications des tophus

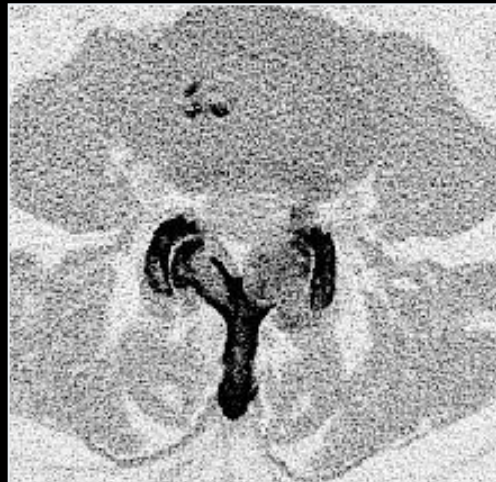
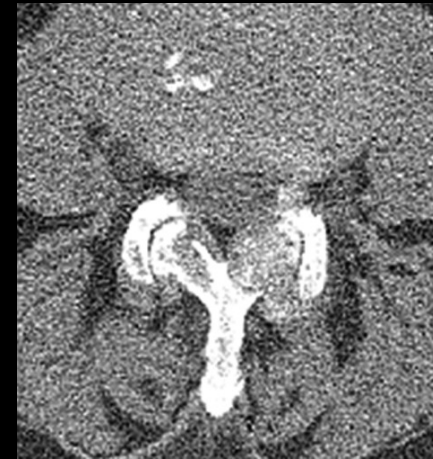
lacunes osseuses bordées d'un liseré d'os compact avec ossifications arciformes circonscrivant les tophus , jusqu'aux images "en hallebarde "



F.J. Thornton et al. / European Journal of Radiology 36 (2000) 123-125



gouttes tophacées de l'arc postérieur de vertèbres lombaires



goutte tophacée de l'arc postérieur de L 1

<http://www.visn1.med.va.gov/boston/radiology/radcases/caseindx.htm>

IRM :

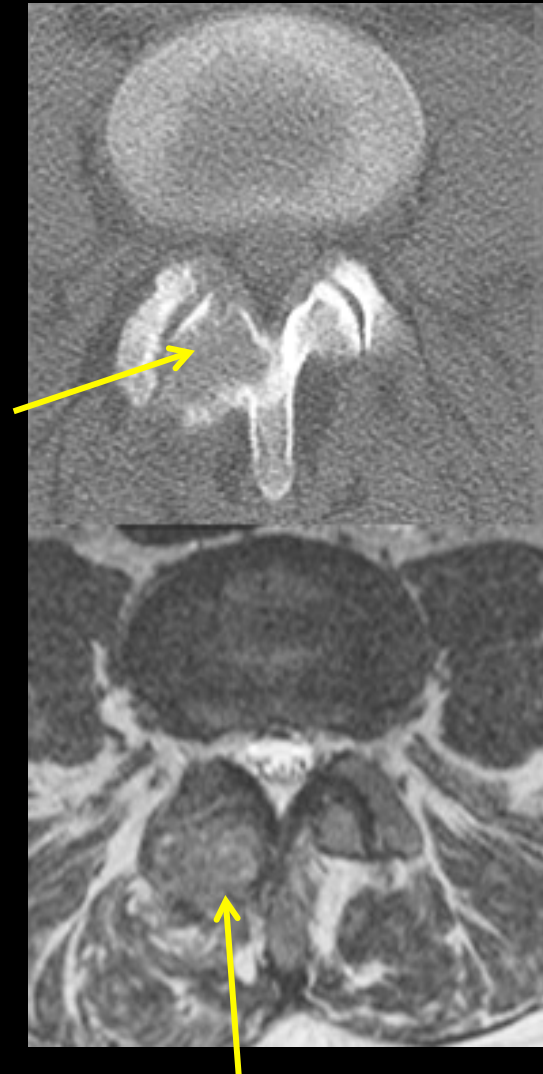
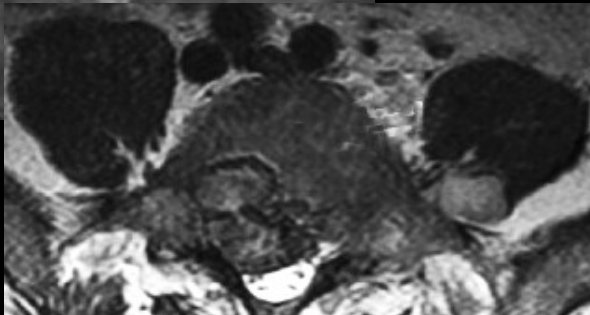
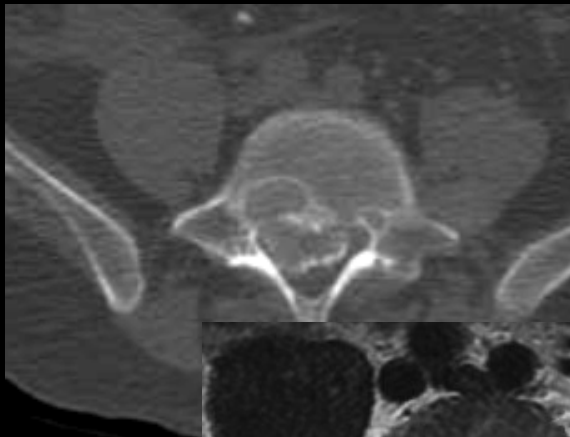
Hypo à iso-T1, homogène

Hypo à hyper-T2, homogène

Après injection de gadolinium : rehaussement
périphérique variable du tophus

**imagerie non spécifique , sensible mais souvent
trompeuse** : peut mimer une pathologie
inflammatoire, dégénérative, infectieuse ou
tumorale.

intérêt pour la mise en évidence des tophus des
tissus mous non ou peu calcifiés



messages à retenir

la goutte tophacée du rachis est une localisation rare et peut être à l'origine de symptômes variables , en fonction de sa localisation (compression des nerfs périphériques , compression médullaire ou de la queue de cheval, dysphagie , sciatique ...)

l'atteinte spinale est exceptionnellement révélatrice et survient généralement chez un patient qui connaît sa maladie et en présente les manifestations classiques , mais qui ne pense pas toujours à la signaler au radiologue ...jetez donc un coup d'œil sur les oreilles de vos patients !

le scanner sans injection est l'examen de choix qui permet l'analyse la plus précise des remaniements ostéo-articulaires et des tissus mous

l'IRM n'apporte pas d'élément spécifique et brouille plus souvent les cartes qu'elle n'éclaire le jeu .

la biopsie est , comme souvent , la concrétisation d'un échec de l'imagerie . Elle doit être réservée aux cas difficiles ou dans lesquels la symptomatologie est discordante ou inquiétante (spondylodiscite infectieuse surajoutée , métastase , plasmocytome ..), en particulier dans les formes révélées par la localisation rachidienne